ESSAI

SUR

LA PHLÉBITE AIGUË.

N° 66.

10

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 10 JUIN 1837;

PAR JEAN-BAPTISTE **SERROU**,

D'OLERON (Basses-Pyrénées), natif de PAMPELUNE (Espagne);

Ancien Élève de l'Hôtel-Dieu St-Jacques de Toulouse, et de l'Hôpital-Général de la même ville; Officier de santé;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecin

Celui qui n'écrit que pour satisfaire un devoir, a de grands droits à l'indulgence de ses juges.

LABRUYÈRE, *du Mérite personnel.*

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, N° 3.

1837.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A M. DUCASSE,

Professeur de l'École de Médecine de Toulouse, Secrétaire général de la Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse, de la Société des Inscriptions et Belles-Lettres de la même ville, Membre de plusieurs Sociétés médicales nationales et étrangères.

Comme un témoignage de gratitude pour les soins qu'il a pris de mon instruction médicale.

A MES BEAUX-FRÈRES,

RAYMOND-F^ois ET J^n-J^ph MAHINS, NÉGOCIANTS.

Intelligence parfaite.

A TOUS MES AUTRES PARENTS.

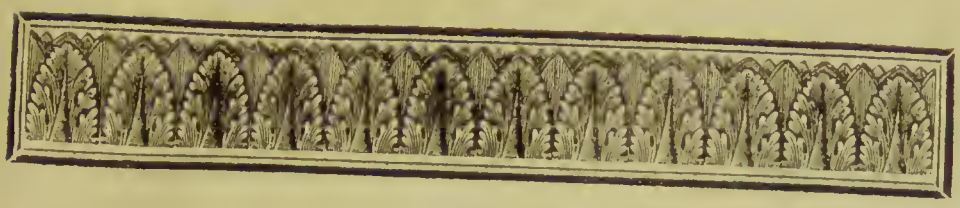
Amitié inaltérable.

A MES DÉVOUÉS AMIS,

MM. JOSEPH **COUDOU**, Rentier; MARCEL **DAVANCENS**, Professeur de belles-lettres; J.-P^re-ADOLPHE **GOURLAT**, Avoué; GUILLAUME **PEYROUTET**, Horloger; et PIERRE **BOURDU**, Négociant.

Amitié inviolable.

J.-B. SERROU.



ESSAI

SUR

LA PHLÉBITE AIGUË.

INTRODUCTION.

Quoique les anciens chirurgiens aient traité avec beaucoup de fidélité les accidents qui surviennent quelquefois à la suite de la saignée, ils en ont méconnu la véritable origine. Convaincus que les parties blanches étaient douées d'une grande sensibilité, c'est à la lésion des tendons et des aponévroses qu'ils ont rapporté leur développement, ou à la section incomplète des nerfs placés sur le trajet des veines. Sans nier que ces causes ne puissent quelquefois produire directement ou indirectement des résultats fâcheux, les médecins modernes, éclairés par une foule d'expériences cadavériques, en placent ailleurs aujourd'hui le siége véritable.

L'irritation dont la membrane interne des veines est quelquefois susceptible, la phlogose qui s'empare de leur tissu et se propage suivant leur direction, les points nombreux de suppuration qui entourent leur calibre, la matière purulente qui remplit leur cavité, ne laissent plus aucun doute à cet égard; et l'anatomie pathologique a confirmé l'existence de l'inflammation des veines. Mais ces accidents, si rares à la suite d'une opération si fréquente; ces résultats funestes, qu'un praticien a de la peine à observer dans une longue expérience, à la suite d'une section qu'il pratique presque tous les jours, sont-ils réellement déterminés par cette même division? Quelque pesante que soit la main qui tient l'instrument, quelque tiraillement qu'elle exerce sur les bords de la petite plaie, est-il permis de penser que c'est à cette seule cause qu'on doit en rapporter la marche rapide, la terminaison mortelle, quand l'inflammation de la veine est générale? La lésion d'organes très-délicats, de tissus plus sensibles, les déchirements opérés par des tractions violentes, n'en sont pas ordinairement suivis; et, à mes yeux, c'est un grand motif pour lui chercher une autre origine.

Elle existe, je n'en doute pas, dans une disposition particulière de l'individu; elle affecte une des conditions inconnues de l'organisation, que je nomme *prédisposition*. En effet, la lancette n'est ici que la cause déterminante; car le germe morbifique, placé déjà dans tout le système, n'attendait qu'une occasion pour se développer. Je sais que l'existence de cette disposition primordiale répugne à quelques physiologistes : leur esprit ne se prête pas à l'idée que l'organisme puisse être le siége d'une infection sans donner des signes de sa présence. Mais le médecin observateur regarde cette vérité comme démontrée. La production des panaris violents et désorganisateurs, survenant à la suite de piqûres légères; la formation des tumeurs blanches succédant à des coups reçus sur des articulations, dans les sujets scrofuleux; les indurations qui passent si facilement par tous les degrés du cancer pour une simple contusion du sein, chez des femmes qui jouissent d'ailleurs de toutes les apparences de la santé la plus parfaite, sont autant de circonstances dont on ne peut dé-

mentir le témoignage, et que les théories les plus brillantes et les plus ingénieuses ne sauraient contester. C'est à une de ces causes occultes que la phlébite doit être le plus souvent attribuée; c'est à elle seule qu'il faut rapporter le rapide développement des symptômes qui prennent tout à coup la marche la plus funeste, et décident dans quelques jours de la vie des individus.

Je m'attacherai à prouver cette assertion par deux observations que j'ai recueillies dans une pratique de dix ans. Je regrette infiniment de ne pouvoir donner tous les détails dont ces observations étaient susceptibles, l'autopsie cadavérique m'ayant été refusée dans tous les cas. J'eusse désiré, aidé de l'anatomie pathologique, connaître l'état de la membrane, et apprécier les divers degrés d'altération du système veineux.

La nature de mon travail et la précipitation que les circonstances m'ont forcé à mettre dans son exécution, réclament l'indulgence de mes juges, auxquels j'ai l'honneur de soumettre quelques observations imparfaites tout en parlant de la phlébite aiguë et de son traitement.

DÉFINITION.

Le nom *phlébite, phlébitis*, signifie inflammation de la veine et de la membrane interne de ce système. Cette phlegmasie succède quelquefois à la saignée, et est accompagnée de graves accidents. Les anciens et les modernes ont reconnu l'inflammation de la veine cave, et nous ont laissé les signes qui l'annoncent (1). On doit rapporter à celle du bras les accidents qu'éprouva le roi Charles IX après une saignée, et contre lesquels le père de la chirurgie française employa l'essence de térébenthine chaude mêlée avec l'alcool (2). « Je regarde » encore, dit M. Breschet, comme appartenant à la phlegmasie des » veines ce que Dionis dit des suites de la phlébotomie. » Platner,

(1) Journal complémentaire des sciences médicales.
(2) A. Paré, liv. X, chap. 41, pag. 401.

Boërhaave, Van-Swieten, Morgagni, font mention de cette maladie. Parmi les modernes, Sasse, Meckel, John Hunter, Frank et son fils, Ribes, Breschet et le professeur Fouquier, ont publié des observations intéressantes.

ÉTIOLOGIE.

Les causes de la phlébite étant très-nombreuses, il nous paraît assez naturel de les partager en *internes* ou générales, et en *externes* ou locales.

Causes générales. Il en existe de deux sortes : les unes résident dans des circonstances, dans des dispositions intérieures que je nomme idiosyncrasies (causes occultes), dont nous ignorons absolument la nature, et qui, d'après les observations citées par Frank, sont accompagnées de l'action augmentée du cœur et des artères, et, d'après les observations d'autres médecins, seraient quelquefois le tétanos, une métastase, et des lésions organiques variées, éloignées du siége de la phlébite. Ces causes sont internes; peut-être que, dans les cas où il serait possible d'apprécier une cause évidente de la maladie, elles en favorisent le développement.

Les autres, qu'on peut appeler *locales*, sont le voisinage immédiat des tissus enflammés, une suppuration, la communication avec des surfaces traumatiques, avec des plaies, des ulcères, surtout ceux qui sont compliqués de fièvre typhoïde, ou qui ont entraîné de grands ravages, la contusion des veines chez les varqueux, les déchirements de leurs parois, la compression exercée sur les veines, les ligatures prolongées, les corps étrangers introduits, l'injection de matières irritantes dans leur cavité; toutes ces causes peuvent être démontrées par l'observation. Mais la plus fréquente en apparence est la piqûre de la veine, dans la phlébotomie. L'inflammation qui en résulte paraît être indépendante des prédispositions, puisqu'elle se manifeste chez l'homme affaibli et chez l'homme qui paraît jouir de la meilleure santé; mais aussi est-elle, dans ces cas, bornée au voisinage de la veine. J. Hunter pensait qu'on devait regarder comme cause princi-

pale de l'inflammation de la veine, après la saignée, le défaut de disposition à la réunion par première intention. La pratique de tous les jours semble en offrir la preuve. On conçoit que de cet état de non-adhérence primitive résulte la possibilité, pour les irritants, d'agir entre les lèvres de la plaie jusque sur la veine, et produire l'inflammation.

Si les recherches auxquelles on s'est livré ont fait connaître le traitement rationnel de la phlébite, il faut convenir qu'on est malheureusement fort peu avancé sur son étiologie. Tout ce que l'on peut dire, c'est que cette maladie paraît être occasionnée par une idiosyncrasie (cause occulte). Les observations suivantes donneront quelques probabilités à ma proposition.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Un homme âgé de 50 ans, cultivateur de la commune de St-Pierre-d'Eysus, d'un tempérament lymphatico-sanguin, aux formes athlétiques, se fit saigner, le 1er Août 1828, par un phlébotomiste qui avait l'habitude de cette opération, et pour une ophthalmie légère. Immédiatement après la saignée, le malade éprouva au bras droit et dans son pli une douleur sourde, incommode. On appliqua sur la partie des résolutifs. Nonobstant cette application, la douleur devint plus intense, et tous les phénomènes de l'inflammation se développèrent avec fureur, ce qui engagea les parents, effrayés par l'augmentation de volume du bras, à me faire appeler pour lui donner des soins, le 2 Août.

Le malade éprouvait une douleur profonde au coude droit; tout le bras était engorgé depuis les doigts jusqu'à l'articulation de l'épaule; il y avait une sorte d'empâtement accompagné d'une coloration rosacée; impossibilité pour le malade d'étendre son bras; les bords de la plaie étaient humides, écartés, renversés, ce qui permettait de voir couler une espèce de suintement roussâtre; on apercevait une espèce de corde noueuse dans une assez grande étendue du bras et suivant la direction de la veine céphalique; le pouls

était petit et fréquent. Les antiphlogistiques furent employés localement. (Sangsues au nombre de 30 ; cataplasmes émollients, diète et boissons rafraîchissantes.) Le malade, étant altéré, buvait souvent et en petite quantité.

Le 3, persistance des mêmes symptômes ; l'application des sangsues fut réitérée, et on fit sur la partie de larges incisions parallèles au trajet de la veine, ce qui parut sur le moment amener un peu d'amendement. Le 4, continuation des mêmes accidents ; la face s'anime ; le bras conserve le volume qu'il avait acquis ; on y remarque, près de la clavicule, une sorte de tumeur qui fait éprouver au malade de la douleur dans plusieurs points du membre. Le 5, le malade se plaint de frissons irréguliers et semblables à ceux qu'on observe dans les fièvres intermittentes : ils sont de peu de durée, sans transpiration, sans réaction. La face est rouge, la langue sèche et noirâtre, les dents recouvertes d'une substance limoneuse et fétide ; le pouls est petit et dur. Le malade parle avec beaucoup de volubilité quand on l'interroge ; il tombe dans une espèce d'abattement dès qu'on cesse de lui adresser la parole. Prescription : diurétiques, amers, vésicatoires sur les extrémités inférieures.

Le 6, le membre a perdu son calorique ; il est en quelque sorte ecchymosé ; le malade rend plusieurs selles qui furent provoquées par un lavement. Le ventre devient tendu ; il y a moins d'assoupissement ; la face est moins colorée, la langue sèche et noirâtre, et les dents recouvertes d'un enduit fuligineux. Le malade se plaint de la tête. Continuation des mêmes moyens.

La nuit qui précéda le 7 fut orageuse ; il y eut du délire qui continua le jour suivant. Le corps se couvrit de taches pétéchiales ; la langue devint tremblotante ; on remarqua des soubresauts des tendons, des mouvements convulsifs. Dans la matinée du même jour, la carphologie se manifesta, les narines se rétrécirent, les yeux devinrent larmoyants ; la peau sèche, terreuse et rude au toucher ; le malade n'a aucune conscience de ce qui se passe ; dans la soirée, il adresse quelques propos à sa famille, et meurt le lendemain, 8, à midi.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Une femme de Bidos, âgée de 60 ans, se fait saigner le 15 Octobre 1829. Tout à coup, des phénomènes de phlébite se développent, quoique l'habileté du chirurgien ne pût être mise en doute. Le 17, je fus appelé, et je remarquai au bras droit de l'engorgement, de la douleur à sa partie moyenne, de la difficulté dans les mouvements de flexion et d'extension, une sorte de corde noueuse correspondant au vaisseau piqué. L'ouverture de la saignée laissait couler une matière séreuse mêlée de sang, ce qui constituait, ce me semble, une phlébite, pour laquelle je prescrivis les antiphlogistiques locaux. (Applications de sangsues, cataplasmes de graine de lin, repos absolu, diète, etc.)

Le 18, quoique la saignée locale eût été fort abondante, le bras conserva le même état : continuation des mêmes moyens.

Le 19, les accidents persistent. La face s'anime ; la malade se plaint de la tête ; la langue devient sèche ; il y a prostration des forces. Application de vésicatoires aux jambes ; emploi des diurétiques et des amers.

Le 20, délire ; la langue est couverte d'une substance muqueuse vers sa partie moyenne, et, à sa base, d'une matière noirâtre couleur de chocolat. Le pouls, dur, fréquent, donnait par minute quatre-vingt pulsations. Mêmes prescriptions que le 19.

Le 21, les vésicatoires donnent une suppuration abondante ; la tête est plus libre, le pouls meilleur, la langue toujours sèche et noirâtre, et néanmoins le bras conserve le même développement ; même raideur, même douleur, même privation de mouvements.

Le 22, l'état de la veille m'avait fait espérer un amendement progressif ; je fus trompé dans mon attente ; les symptômes alarmants se manifestèrent ; il consistaient dans le délire, la fixité des yeux, l'impossibilité de connaître les assistants. Le pouls devint petit, intermittent ; la langue comme les jours précédents, cependant elle trem-

blotait. Prescription : pour boisson, les amers ; demi-gros d'onguent mercuriel sur le bras ; application de cataplasmes émollients.

Le 23, un peu d'amélioration. Même prescription ; lavements.

Le 24, la malade prit un peu de bouillon qu'elle désirait beaucoup, et, à ma visite, elle délirait ; les pupilles étaient dilatées, le pouls intermittent, la respiration un peu lente ; les vésicatoires donnaient peu ; elle était insensible, et ne répondait aux questions qu'on lui faisait qu'avec insouciance. On voyait des mouvements de carphologie ; la langue, sèche, noirâtre, tremblotante, était couverte d'un enduit fuligineux. Prescription : vésicatoires aux cuisses, pansement de ceux des jambes avec la pommade de Garou ; onguent mercuriel sur le bras.

Le 25, augmentation des symptômes ; face étirée ; yeux larmoyants, difficulté de respirer ; les membres fléchis ; délire permanent ; abdomen tendu ; impossibilité de percevoir les sensations ; et, enfin, la mort arriva la nuit du 25 au 26.

Un troisième cas de phlébite, survenue à la suite d'une saignée, ayant eu les mêmes résultats fâcheux, et présentant les mêmes symptômes, je me dispenserai de le rapporter.

Je conclus des désordres observés dans cette cruelle maladie, que les accidents qu'on y remarque ne sont pas déterminés par l'instrument. On voit tous les jours des hommes, sans aucune connaissance, pratiquer les petites opérations chirurgicales avec des instruments en mauvais état, mal acérés, souvent couverts de rouille, faire la saignée sans qu'il en résulte des accidents observés chez les deux individus que je viens de citer ; la prédisposition seule et des circonstances inappréciables ont déterminé, dans les observations mentionnées plus haut, les symptômes funestes de la phlébite.

TERMINAISON.

Les terminaisons de cette maladie sont celles de l'inflammation en général. Cependant elles présentent quelques différences en raison du tissu qui en est le siége ; ainsi :

1° *L'ulcération* qui, en amincissant les parois de la veine ou même en les perforant, peut donner lieu à une hémorrhagie mortelle, surtout si elle agit sur un tronc principal ;

2° *La suppuration.* Les abcès qui se forment sur le trajet du vaisseau, lorsqu'ils sont ouverts, laissent apercevoir une cavité circonscrite à la manière des abcès ordinaires, mais en forme de cylindre ; ce qui s'explique fort bien par la nature de l'altération qui a lieu dans le tissu cellulaire qui environne la veine. Ce caractère, ainsi que la marche de la maladie, peut la faire distinguer de l'angioleucite, dont la suppuration est diffuse dans le tissu cellulaire.

3° *L'oblitération* peut avoir lieu de deux manières : soit que les deux côtés de la veine contractent des adhérences par inflammation adhésive, et cela arrive lorsque la phlegmasie a été arrêtée dans ses progrès, et qu'une compression douce a été exercée sur le membre, ou soit encore par la concrétion des fluides qui la remplissent. A ce sujet, M. Bouillaud fait observer que si l'oblitération porte sur le tronc principal d'un membre, ce membre s'infiltrera par le défaut d'absorption veineuse, et deviendra le siége d'une hydropisie en quelque sorte mécanique (1).

4° *L'ossification.* Meckel et Béclard ont observé l'ossification des parois des veines et de petites granulations à l'intérieur : au-dessus et au-dessous de ces ossifications, on remarque souvent une oblitération formée par l'une des matières précédentes.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les symptômes de l'inflammation des veines varient suivant le siége, la cause et l'étendue.

Lorsque la phlébite occupe les veines superficielles, et qu'elle re-

(1) Archives médicales, tom. XI, page 183.

connaît pour cause une simple solution de continuité des parois veineuses, elle est moins grave et offre des symptômes bien moins intenses que celle qui a son siége dans des veines profondes, et qui a été produite, soit par l'inoculation d'une substance putride, soit par une disposition interne.

Les phénomènes que l'on observe dans l'inflammation d'une veine superficielle, survenue à la suite d'une saignée, sont les suivants : douleur et gonflement autour de la piqûre de la veine, dont les bords s'écartent et laissent échapper d'abord une sérosité sanguinolente, et ensuite du pus; assez souvent l'inflammation reste stationnaire, se borne à l'orifice de la veine, et donne lieu à un phlegmon qui se rejoint dans peu de jours. Ce phénomène s'observe surtout lorsque la phlogose n'a envahi que la tunique externe.

Mais lorsque la membrane interne est le siége de l'inflammation, celle-ci se propage alors le long des vaisseaux, en se rapprochant de plus en plus du centre de la circulation. La veine augmente de volume; elle est dure, roulante, ressemblant assez à une corde noueuse, très-douloureuse à la moindre pression. Si les veines collatérales ne peuvent suffire à la circulation, il se manifeste une stagnation du sang veineux et de la sérosité; il en résulte un œdème douloureux, analogue à la *phlegmasia albadolens* des femmes en couche, due à la même cause. Le malade éprouve une sensation brûlante sur le même trajet que la douleur. Les tissus environnants se tuméfient, et présentent tout l'aspect d'une inflammation phlegmoneuse. Le pouls est dur, fréquent; la langue rouge; les symptômes généraux sont ceux d'une inflammation. Vers le huitième ou dixième jour, époque à laquelle la maladie se termine ordinairement par suppuration, les symptômes diminuent d'intensité. Il sort par la solution de continuité, ou par tout autre point où la phlogose a été plus intense, une grande quantité de pus mêlé de flocons albumineux avec des stries de sang. Vers le douzième ou quinzième jour, la suppuration cesse, les parois des vaisseaux se rapprochent, demeurent adhérentes, et s'oblitèrent dans tout le trajet affecté.

Lorsque l'inflammation s'empare d'une des veines situées profon-

dément, et qu'elle est produite par l'inoculation d'un principe deletère, la scène morbide, bien plus orageuse, bien plus compliquée, n'offre pas des caractères aussi tranchés et aussi faciles à rapporter à leur cause, la phlegmasie dangereuse dont ils sont la manifestation. La gravité sera moindre s'il se forme dans le canal veineux des concrétions sanguines qui s'opposent à ce que le sang soit entraîné dans le torrent de la circulation; mais les symptômes deviendront alarmants, et leur nature atonique, adynamique, typhoïde, sera l'indice d'une intoxication profonde, si la matière purulente a été absorbée et charriée dans le système vasculaire. Le malade éprouve de l'inquiétude, de l'anxiété, des frissons continus; il a le visage abattu, les traits décomposés; le pouls est vif, accéléré. Plus tard, les symptômes adynamiques se déclarent mieux; le pouls devient plus faible, la respiration laborieuse, l'haleine fétide, les dents fuligineuses, etc. Les principes irritants du pus mêlé au sang ne tardent pas à donner naissance à diverses phlegmasies cérébrales. Aussi, presque toujours les symptômes graves que nous venons de décrire se trouvent compliqués d'une pneumonie ou d'une hépatite, ou enfin d'une céphalite.

PRONOSTIC.

La phlébite est loin d'être une maladie aussi simple qu'on le pense communément. On doit la considérer comme devant souvent se terminer d'une manière fâcheuse. Le danger de la maladie est en rapport avec la cause qui l'a produite et les symptômes qui se présentent. C'est donc sur la comparaison des symptômes entre eux, sur l'étude de sa forme, la régularité ou l'irrégularité de sa marche, que le médecin basera son pronostic.

Appelé à temps, le praticien peut espérer la guérison de la phlébite; mais si, malgré le traitement le plus rationnel, on ne parvient à entraver sa marche, on doit s'attendre à des symptômes généraux, à une infection purulente, et à des suites presque toujours mortelles.

La phlébite spontanée est la plus dangereuse; c'est sans doute à

la direction que suit le pus mêlé avec le sang qu'il faut attribuer les accidents graves, tels que la fièvre typhoïde adynamique et ataxique qu'on observe dans la dernière période de la maladie, ce qui doit faire regarder la mort comme assurée.

TRAITEMENT DE LA PHLÉBITE.

Dans beaucoup de circonstances, la phlébite peut être prévenue. Ainsi, à la suite de la phlébotomie, on se gardera de porter plusieurs fois l'instrument sur la même piqûre, de réitérer cette opération sur le même vaisseau, et de se servir d'une lancette malpropre; il serait de la dernière imprudence d'ouvrir des abcès syphilitiques avec l'instrument qu'on destine à ouvrir une veine. Les linges qui doivent servir pour le premier appareil, dans la saignée, doivent être fins et propres; et, d'après l'observation de Hunter, il faut réunir par première intention. Il peut arriver que les bords, renversés par l'application du bandage, soient maintenus dans cette position jusqu'à un nouveau pansement, ce qui pourrait développer l'inflammation. Il convient aussi de tenir le membre phlébotomisé dans le repos le plus absolu; et quelquefois, quoiqu'on évite toutes les causes dont je viens de parler, la phlébite se développe.

Lorsqu'un principe délétère a été introduit sous la peau, et qu'on a lieu de redouter les accidents que son absorption pourrait occasionner, il est alors de toute nécessité d'arrêter son action en portant sur la partie affectée des caustiques, tels que les acides minéraux, le nitrate d'argent. Le beurre d'antimoine peut être employé avec plus d'avantage lorsque la cautérisation doit être profonde et pénétrer dans des sinuosités, comme dans le cas de morsure ou déchirure par animal enragé.

Ce sont surtout les soins hygiéniques, un régime sévère que doivent observer les malades et les nouvelles accouchées pour obtenir une convalescence heureuse. Dans le cas de phlébite produite chez ces dernières après la parturition, on favorise alors l'écoulement des

lochies et le dégorgement de l'utérus, surtout lorsqu'on a à traiter des femmes qui sont tombées dans l'épuisement et une susceptibilité nerveuse extrême, comme cela arrive chez celles qui ont eu plusieurs grossesses successives.

Le traitement spécial de la phlébite une fois déclarée varie suivant les indications; mais en général il faut s'attacher à faire avorter l'inflammation, afin d'empêcher la maladie de se terminer par suppuration; lorsqu'elle s'est établie, combattre l'action délétère du pus mêlé avec le sang, et relever les forces du malade, qui, dans ce cas, marchent rapidement vers la seconde période de la maladie, caractérisée par la forme adynamique.

Lorsque la phlébite survient à la suite de la saignée, on a recommandé les répercussifs, les applications froides, la glace pilée sur la partie, des lotions avec l'eau d'acétate de plomb. J'ai vu employer ces moyens. Mais si quelques heures après l'administration du remède, la résolution ne commence pas à avoir lieu, hâtez-vous d'avoir recours aux bains émollients, tièdes et prolongés; si la maladie fait des progrès, les applications de sangsues sur le trajet des vaisseaux, souvent répétées, ayant soin de leur faire succéder les fomentations émollientes, de préférence aux cataplasmes qui chargent toujours le membre, et dont la pression l'incommode. On peut combattre l'intensité de la douleur par les topiques opiacés, camphrés, narcotiques, etc.

Il est une méthode de traitement dont J. Hunter eut la première idée : c'est la compression, qui peut avoir de grands avantages sur les antiphlogistiques, surtout lorsqu'on opère sur des individus affaiblis par l'âge ou par des maladies antérieures. On peut l'employer de différentes manières; ainsi J. Hunter, Reil, Abernethy, conseillent de l'employer dans un seul point du membre, mais forte, fondés sur cette croyance que les parois des vaisseaux doivent contracter des adhérences. On a long-temps combattu cette opinion, en s'appuyant de la difficulté avec laquelle les veines s'oblitéraient par le rapprochement de leurs parois; mais cette difficulté ne dépend-elle pas de ce que le courant sanguin enlève continuellement

la lymphe plastique sécrétée? Si alors on établit une compression, cette lymphe se coagule : de plus, on n'aura pas à craindre la résorption purulente, qui détermine des accidents graves. M. Velpeau a préconisé son avantage ; mais il résulte de ses propres expériences que son efficacité n'est réelle que lorsque la phlébite occupe les veines superficielles. Il est, en effet, impossible de concevoir comment la vie pourrait s'entretenir dans un membre dont la compression s'étendrait jusqu'aux veines profondes, avec assez d'énergie pour y intercepter la circulation. Il faut toujours que ces dernières soient assez libres pour reprendre le sang de ce membre. On a aussi remarqué qu'il est plus avantageux d'employer la compression de haut en bas du membre et dans toute son étendue que dans un seul point.

Si la suppuration s'est emparée de la veine, lorsque la fluctuation s'y fait sentir, les symptômes changent, ainsi que les indications thérapeutiques qui se bornent alors à prescrire au malade les médicaments qui doivent relever ses forces, tels que les toniques les plus énergiques, le quinquina, par exemple, les acides minéraux suffisamment étendus, le vin généreux, les tisanes chaudes, l'application des vésicatoires aux cuisses et aux jambes, etc. ; ce sont là des moyensqui constituent en partie le traitement employé par MM. Marjolin et Blandin, qui en ont obtenu de très-bons résultats.

Les abcès qui se forment sur le trajet des veines doivent être ouverts promptement par de larges incisions. M. Velpeau conseille l'application d'un vésicatoire sur la surface elle-même (1). Les scarifications, les sangsues, aussitôt que la résorption purulente se manifeste.

Il est inutile de dire que lorsque la phlébite occupe un organe splanchnique, soit qu'elle se soit propagée jusqu'à lui, soit qu'elle y ait pris naissance, les désordres à combattre sont ceux de l'inflammation aiguë ou chronique de cet organe.

Dans beaucoup de circonstances, les antiphlogistiques étaient restés impuissants dans la phlébite, et ne contribuaient qu'à affaiblir le

(1) Médecine opératoire.

malade. On a pensé que c'était en agissant sur la composition du sang, qui est altéré par des principes délétères inconnus, que l'on pourrait triompher de la maladie (1). M. le professeur Récamier et d'autres praticiens ont employé, dans les cas désespérés, le mercure et ses préparations, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, en frictions et à hautes doses. Des résultats heureux ont couronné ces tentatives. Celles que MM. Laënnec, Delpech et Lallemand ont faites avec le tartre émétique à hautes doses, paraissent avoir eu un succès supérieur, et tendent à prouver que ce n'est pas seulement, comme le pensent quelques médecins, dans les cas désespérés qu'il convient de recourir à ce moyen. Aussi est-on convaincu aujourd'hui qu'en agissant avec sagacité dans son emploi, et ne s'écartant jamais des règles qui doivent diriger son administration, il doit être considéré, dans cette maladie, comme un des moyens les plus puissants.

FIN.

(1) Breschet, Dictionnaire de médecine.

FACULTÉ DE MEDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Examinateur*. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *President*. Hygiène.
RECH, *Examinateur*. Pathologie médicale.
SERRE, *Suppléant*. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ, *Examinateur*. Médecine légale.
N..... Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils, *Examin.*
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Suppl.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR, *Examinat.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.